



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE
Departamento de Administração

Curso de Especialização de Gestão Pública em Saúde

**Implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) - Uma
análise do planejamento e orçamento do programa**

Vanessa Barbosa de Paulo

BRASÍLIA – DF

2016

Vanessa Barbosa de Paulo

**Implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) - Uma
análise do planejamento e orçamento do programa**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização de Gestão Pública na Saúde,
desenvolvido na parceria do Departamento de
Administração da Universidade de Brasília,
Brasília-DF, com o Ministério da Saúde.

Orientador:

Prof.Ms. Fábio Jacinto Barreto de Souza

BRASÍLIA-DF

2016

Implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) - Uma análise do planejamento e orçamento do programa

Vanessa Barbosa de Paulo*

RESUMO

O objetivo do estudo é fazer uma análise crítica da implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Brasil, a partir do conhecimento e da compreensão da implantação de uma política pública, verificando a eficiência do planejamento e dos investimentos iniciais, bem como se os resultados alcançados suprem as expectativas empreendidas pelo Governo Federal, no período compreendido entre 2009 e 2015. Trata-se de revisão bibliográfica no âmbito do Ministério da Saúde (MS), incluindo, assim, documentos oficiais, dados e artigos científicos publicados em periódicos e livros de acesso irrestrito. As UPA, como um novo modelo de atendimento que presta um apoio intermediário aos hospitais e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), têm exercido o papel previsto nas metas impostas pelos gestores responsáveis por sua implementação, que é o de atender a usuários em qualquer situação de emergência, em período integral. Este trabalho traz informações relevantes ao conhecimento público a respeito da aplicação dos recursos na implementação dessas unidades no Brasil. **Palavras-chaves:** UPA, planejamento, orçamento, implementação.

ABSTRACT

The objective is to make a critical analysis of the implementation of the Emergency Care Units (UPA) in Brazil, from the knowledge and understanding of the implementation of public policy, checking the efficiency of the planning and initial investments as well as the results achieved supply expectations undertaken by the Federal Government, in the period between 2009 and 2015. it is a bibliographic review under the Ministry of Health (MS), including, therefore, official documents, data and scientific articles published in journals and books unrestricted access. The UPA, as a new service model that provides an intermediate support to hospitals and Basic Health Units (UBS), have played the role envisaged in the targets set by managers responsible for their implementation, which is to meet the users in any emergency, full-time. This work brings relevant information to the public knowledge about the application of resources in the implementation of these units in Brazil. **Key-words:** UPA, planning, budget, implementation.

*Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Paulista - UNIP. Especializanda em Gestão Pública na Saúde pela Universidade de Brasília. Contato: vanessadory06@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu a quebra de paradigma que há séculos prevalecia na sociedade brasileira, da saúde como algo particular, cheia de desigualdades e injustiças intrínsecas do sistema capitalista, para uma saúde tratada a partir de então, como um direito social, fundamentado em princípios como a equidade, universalidade e integralidade (SOUSA E BATISTA, 2012).

Cabe ressaltar que, atualmente, o SUS atende aproximadamente 75% da população de maneira integral e gratuita em todos os níveis de atenção, além do que, mesmo os que possuem planos privados de saúde, em algum momento utilizam o sistema público, a exemplo das campanhas de imunizações, dos atendimentos efetuados via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), aos transplantes de órgãos, às ações de judicialização na saúde (que demandam tratamentos ou medicamentos extremamente caros), esses, dentre outros fatores somados, tornam a gestão dos recursos disponíveis para a saúde um verdadeiro desafio (MENDES E BITTAR, 2014).

Diante disso, fez-se necessária a elaboração de políticas públicas que atendessem a grande demanda absorvida pelo sistema, ou seja, ações desenvolvidas pelo Estado e seus agentes, na maioria das vezes com a participação social, que garantissem o direito à saúde (SOUSA E BATISTA, 2012). São muitos e antigos, os desafios que o Estado enfrenta para atender a demanda nos hospitais públicos e das UBS, mesmo com a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS). Para minimizar os problemas, são criadas políticas que visem acolher a população, utilizando-se recursos orçamentários e financeiros para construção, ampliação e reformas de unidades da atenção básica e da especializada, além de investimentos para sua estruturação, contratação de mão-de-obra e manutenção.

O gerenciamento dos custos no setor privado difere do setor público, enquanto no primeiro o foco está no controle de estoque e na contagem dos lucros, o segundo deve focar na qualidade da execução dos serviços prestados à sociedade, o que exige sistemas de informações que auxiliem nas tomadas de decisões, isto envolve medir o custo para se obter bons resultados e, infelizmente, não existe essa cultura na administração pública, e quando tentam, essa medição não acontece de forma sistemática ou adequada (ALONSO, 1999). Dessa forma, é de suma importância a qualificação dos gestores em relação às informações de gestão de custos, por serem os investimentos em saúde, ações contínuas e estarem sempre inseridas no contexto das políticas públicas (SIMÕES, 2002). Diante disso, perguntas relacionadas à gestão de custos na saúde, ficam sem respostas exatas:

Quanto custa um determinado serviço de saúde? Quanto custa a gestão de pessoal? Quanto custa a gestão de compras? Quanto custam as auditorias governamentais? Quanto custam os serviços jurídicos? Quanto custa a gestão de políticas públicas? Quanto custam os processos de trabalho no governo? Quanto custa atender cada cliente de uma organização governamental? Quais atividades agregam valor aos processos de trabalho governamentais? Qual é o impacto em termos de custos nas mudanças organizacionais propostas ou implementadas? Qual é a eficiência de cada organização do governo? (ALONSO, 1999, p. 44).

Antever as complexidades e dificuldades do planejamento e do orçamento, as expectativas dos serviços a serem prestados e, o respeito aos princípios constitucionais da economicidade, moralidade, eficiência, publicidade, dentre outros fatores, antes da tomada de decisões que envolvam vultosas quantias de recursos públicos, possibilitaria aos gestores uma melhor avaliação dos gastos (OMS, 2013). Para a realização das políticas de saúde é indispensável o equilíbrio dos recursos orçamentários com qualidade na prestação de serviços ofertados à sociedade. Muitas vezes, por falta de um monitoramento adequado dos resultados e da eficiência na aplicação de recursos públicos, o governo acaba não conhecendo de fato onde existe “desperdício e onde há eficiência na aplicação dos recursos” (ALONSO, 1999, p.39).

Do planejamento à implementação de uma política pública, em se tratando de necessidade básica como saúde, demanda responsabilidade e transparência com aplicações financeiras, obrigações na publicação dos resultados, sendo eles negativos ou positivos. Um estudo sobre o tema destacou a existência de “gastos improdutivos”, ou seja, a diminuição do gasto efetivo pelo gasto mínimo que resulta em recursos desperdiçados em um objetivo que, poderiam ser aplicados em outra finalidade, o que levaria a um custo de oportunidade para a sociedade. “As razões para a existência de gastos improdutivos são falta de preparo técnico do pessoal, incertezas, deficiências do processo orçamentário (técnico operacional e político), corrupção, paralisação de obras, entre outras” (CÂNDIDO JR., 2001, p.12).

Nesse contexto, nos últimos 5 anos, só no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2), o governo federal já investiu cerca de R\$ 4,7 bilhões com construções de unidades de saúde na atenção básica e na atenção especializada. Normalmente, pouco é divulgado a respeito do desempenho dessas unidades, sobre o impacto dessas obras para a população, se houve mudanças e melhorias no atendimento e, se os resultados foram realmente alcançados. Expandir serviços e gastar milhões em políticas públicas de saúde por si só não são indicadores que medem a eficiência na prestação dos serviços de saúde (ARRETCHE, 2003).

O objetivo geral da pesquisa é conhecer e tentar compreender o que acontece no momento em que se busca implantar uma política pública, para então fazer uma análise crítica da implementação das UPA no Brasil, exercendo papel divulgador, levando ao conhecimento público se, o planejamento e a execução das obras e prestação do serviço estão de acordo com as leis orçamentárias.

Dentre os objetivos específicos estão os de descrever de forma abrangente, o planejamento das UPA, com objetivo de compartilhar a demanda das unidades básicas e hospitalares, em face da superlotação dos mesmos, de pacientes para atendimento de média complexidade. Também divulgar o quadro atual do financiamento e execução orçamentária na realização das obras de UPA, entre 2009 e 2015, em âmbito nacional. Expondo, desta forma, o uso adequado e eficiente dos fundos públicos para promoção da saúde. Além de, situar a implementação das UPA como componente de um sistema público, mostrando através da análise crítica, se essas unidades exercem efetivamente o papel de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as hospitalares.

Considerando as dificuldades que os gestores da saúde pública brasileira enfrentam para reformar o SUS e adequá-lo às constantes mudanças das necessidades da população, este trabalho justifica-se pela sua relevância social, já que a principal qualidade do atendimento, em todos os níveis de atenção, é o seu caráter democrático. Com o surgimento das UPA, surgem também, novas expectativas de que os serviços públicos de saúde tenham melhoras consideráveis, como a localização física e o acesso facilitado, a infraestrutura renovada sem comprometer a qualidade do atendimento e um maior controle social dos recursos financeiros públicos, aplicados de forma coerente sem desfavorecer outros setores da saúde. Além de poder ser de interesse da Administração Pública, por ter vivenciado nos últimos 4 anos um momento de grandes investimentos em infraestrutura.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Planejamento

Considerando fatores essenciais na formulação das políticas públicas, devemos nos ater às definições e aos objetivos do planejamento e do orçamento na administração pública. Em relação ao planejamento, sabe-se que em todos os aspectos da vida, planejar é fundamental para se atingir metas da melhor maneira. Como disse Alonso (1999, p.47): “As concepções modernas de avaliação institucional pressupõem um mínimo de planejamento estratégico e de gestão de processos de trabalho nas organizações”. O planejamento busca evitar o imprevisto e

cuidar de que todo o processo siga conforme o programado, “o interesse gerencial quanto às dimensões do planejamento e do controle é que possibilita também a busca pelo aprimoramento das informações fornecidas pelo sistema de custos” (MS/OPAS/2013).

Na saúde, o planejamento se torna imprescindível considerando até mesmo as imprevisibilidades. Quando se tratam de procedimentos preventivos, parece mais simples planejar e prever os custos envolvidos nas políticas públicas, por ser mais preciso; mas quando falamos de urgência e emergência, há muitos fatores envolvidos, pois não se sabe quando o indivíduo vai adoecer, nem quando pode ocorrer um acidente que leve esse indivíduo a um hospital, quanto tempo será necessário para internação, o uso de medicamentos, dessa forma, trabalha-se com estimativas, com previsão. Assim, o planejamento como instrumento nos processos de gestão, tem sido usado como parte da tecnologia de controle da ação governamental, visando à construção de processos de trabalhos aperfeiçoados na busca de produtividade a fim de alcançar a eficácia, a eficiência e a efetividade na prestação do serviço público (MERHY, 1995). Como mencionado por Oliveira (2006, p.281): “quanto às questões financeiras, isto ainda continua limitando o planejamento de políticas públicas, mesmo com o aumento significativo da arrecadação, como no caso do Brasil”.

No Ministério da Saúde (MS), o processo atual de planejamento, monitoramento e avaliação nasceu da necessidade de se conectar os instrumentos de planejamento e gestão, a saber, o PPA 2008/2011; PPA 2012/2015; O “Mais Saúde” (2014); o Plano Estratégico do MS (2015); o Plano Nacional de Saúde (PNS 2008/2011 e 2012/2015) e a Programação Anual de Saúde (PAS), com ações voltadas para o cumprimento das metas. Foram traçados 16 objetivos estratégicos, sendo que 15 estão ligados diretamente à gestão da saúde. O foco dos objetivos está na promoção e no acesso qualificado aos serviços de saúde e as UPA estão inseridas no Objetivo Estratégico 04 - Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPA, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção (PE/MS 2011-2015).

As UPA como parte de uma política pública surge após a identificação e o reconhecimento de um problema na promoção e manutenção da saúde pública no Brasil. Sendo assim, os gestores de saúde responsáveis por determinar os problemas como relevantes, os inserem nas prioridades, neste caso, principalmente por se tratar de um direito social. Inicia-se, assim, um ciclo de políticas públicas que irá determinar a organização e a cronologia da implementação do novo componente do sistema já. Sobre esse tema, Baptista e Rezende (2011) analisaram o ciclo proposto por Howlett e Ramesh (1984) proposto em cinco fases. Para uma compreensão melhor da implementação das UPA, é interessante conhecer, de forma geral, de

que maneira as cinco fases se encaixam na instalação das UPA no Brasil. Nesse sentido, uma abordagem do tema é conveniente.

2.1.1. Primeira fase: Montagem da Agenda

Quando e porque determinado problema se torna tão relevante ao ponto de ser necessária sua inserção nas prioridades de um governante (BAPTISTA E REZENDE, 2011).

Para melhorar os atendimentos da atenção básica e diminuir o tempo de espera que ocorriam nas emergências dos hospitais foram criadas essas UPA que, atenderiam especificamente essa demanda de média complexidade (99% dos casos) e deixariam, na sua minoria, os casos de alta complexidade (1%), como os que necessitam de cirurgias, para os hospitais da rede.

O Projeto teve início em 2007, no Rio de Janeiro, a partir de problemas levantados, como a superlotação dos prontos socorros nos hospitais do Estado. Desde então, essa política começou a ser estruturada e passou a fazer parte da agenda governamental que é a primeira fase do ciclo e, as UPA passaram a compor a política da de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Conforme expressado por O'Dwyer, 2013:

Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve se estruturar a partir das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências; o diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos e o confronto das necessidades com as ofertas permite visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, sustentado por políticas públicas orientadas pela equidade (O'DWYER, 2013, p.2400).

2.1.2. Segunda fase: Formulação da Política

Este é o momento em que ocorrem fluxos que interferem no processo de decisão para a inserção do tema, na agenda do governo que, dependem de fatores relacionados a listagem dos problemas, das soluções possíveis e do clima político que pode influenciar na formulação propriamente dita. A partir do levantamento desses fatores, inicia-se as discussões para definição das diretrizes que nortearão a política e das ações que serão desenvolvidas para concretizar a política a ser implementada.

No caso das UPA, o momento político e econômico elevou as expectativas de investimentos públicos no país, isso ficou ainda mais evidente com o PAC 2, que promoveu a retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura. Dessa forma partindo

do projeto piloto, implantado pelo governo do estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Estado de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, expandiu-se o programa para todo o país. Assim, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.020, de 13.05.2009 (revogada pela Portaria GM/MS nº 1.601, de 07.07.2011), que estabeleceu as “diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências”, iniciou-se a elaboração de um projeto que atendesse todo território brasileiro.

2.1.3. Terceira fase: Tomada de Decisão

Essa talvez seja a fase mais delicada do ciclo, é onde se decide a forma, o lugar e os motivos que levam a aderir e implementar certa política. Significa aliar os problemas às soluções possíveis e expor as alternativas mais apropriadas. Em geral, os tomadores de decisão já possuem a solução, eles vão atrás dos problemas e instigam isso para que sua proposta se transforme em política pública (SECCHI, 2013).

Na saúde, a tomada de decisão ocorre de maneira integrada, ou seja, a gestão de políticas é pactuada entre as três esferas federativas e as decisões são tomadas em conjunto. Para isso, existem as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), como “espaços intergovernamentais, políticos e técnicos para o planejamento, negociação e a implementação das políticas de saúde pública”, onde as decisões são consensuais e não votadas (BRASIL, 2015).

No Brasil, a partir da decisão de implantação de um programa, entes federativos, por uma questão legal, podem ou não aderir a uma política federal, como no caso da implantação de uma UPA em seus municípios, até porque caberá a estes, a manutenção e a alocação de pessoal para atender a população nessas unidades. Como mencionado por Arretche, 2003:

...no SUS o governo federal deve “regular” as decisões dos governos locais porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas, como contrapeso, estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal (ARRETCHÉ, 2003, p.336).

No caso das UPA, a decisão para implantação de uma unidade em determinado local, vai depender de todo um processo, que inclui decisão dos gestores locais juntamente com os conselhos de saúde e, conseqüentemente o preenchimento dos requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, caso manifestem o interesse de receberem o incentivo financeiro do

governo federal. E, ressaltando o estudo feito por Alonso (1999), perguntas quanto ao custo devem ser feitas a fim de refletir a decisão tomada pelos gestores que deverá trazer como resultado a qualidade na prestação de serviços públicos aos usuários do sistema. O Estado ou Município deve questionar-se: Eu, Estado, Município, estou ciente de todos os custos que envolve a implementação de uma política? Qual o custo de fato da implantação e manutenção de uma Unidade de Pronto Atendimento em meu Estado e/ou Município?

2.1.4 Quarta fase: Implementação

Esta fase inicia a abordagem de um dos objetivos específicos deste trabalho, que é a análise dos resultados da implementação das UPA, cujo sucesso vai depender de um planejamento adequado para que se consiga alcançar os objetivos da forma como os estabeleceu. O processo de implementação da política é o momento de colocar em prática o que foi decidido e projetado, fazendo com que o idealizado se torne real, tangível. Os tomadores de decisão definem quem, como e quando será executada a política. Para uma perspectiva positiva faz-se necessária uma adequada divisão do trabalho, onde existam técnicos capacitados e recursos suficientes para implementação (BAPTISTA E REZENDE, 2011).

A meta estabelecida pelo governo federal para o período de 2008-2010 foi de implantar 500 (quinhentas) UPA e mais 500 unidades no período de 2011-2015 para fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), da Política Nacional de Atenção às Urgências. Embora houvesse a autorização para implantação, isso não significaria que as mesmas estariam em funcionamento no mesmo ano, até porque esse processo de implementação ocorreu a longo prazo, pois envolveu a habilitação, a construção, a estruturação e provimento de recursos humanos por parte dos entes federativos para que as unidades comesçassem a funcionar.

2.1.5. Quinta fase: Avaliação

Instrumento utilizado para auxiliar na tomada de decisões em diversos momentos, em todas as fases do ciclo, não se trata somente de avaliação dos resultados, mas também da avaliação das etapas, das metodologias, dos recursos aplicados, da qualidade do que é produzido ao longo de todo o processo de implementação da política pública, possibilitando uma melhoria contínua (BAPTISTA E REZENDE, 2011).

Nos últimos 3 anos, a implementação das UPA começou a passar por um processo mais criterioso de monitoramento, o que possibilitou aos gestores começar a fazer avaliações de resultados, no caso das unidades que já estão em funcionamento e, conseqüentemente, a melhorar a qualidade dos processos ainda em andamento, para que equívocos não se repitam.

2.2. Investimento em construções de UPA no Brasil

2.2.1 Orçamento

A Lei 10.180/200, que estabeleceu as diretrizes de formulação e o gerenciamento do planejamento e do orçamento no Brasil, facilitará a compreensão deste estudo e mostra os caminhos para entender a dinâmica da sua elaboração, o estabelecimento de prioridades, levando em consideração a capacidade financeira de execução das metas propostas, e o aporte de recursos necessários ao cumprimento das mesmas, segundo Medici, 2002:

Ao elaborar um orçamento, os poderes Executivo e Legislativo deverão estar conscientes da relevância das prioridades definidas, refletida na disposição social de financiá-las com impostos e contribuições sociais. Quando não há transparência sobre as prioridades contidas no orçamento, ou quando estas prioridades não refletem o interesse da nação, haverá sempre a possibilidade de aumentar o grau de sonegação de impostos, mesmo quando o governo detém uma boa máquina de fiscalização e arrecadação (MEDICI, 2002, p.32).

2.2.1.1. A composição do Orçamento Público no Brasil

O orçamento é parte essencial na construção da ação governamental, pois a partir dele é possível analisar a viabilidade de execução das políticas públicas, avaliando a disponibilidade de recursos e a gestão do mesmo para a tomada de decisões que venha a resultar no que é melhor para a coletividade. (CÂMARA E ABREU, 2015). O Plano Plurianual (PPA) define as diretrizes, os objetivos e as metas; a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) especifica as metas e as prioridades para cada exercício e, a Lei Orçamentária Anual (LOA) prevê os recursos para execução das metas, assim, juntos consolidam o planejamento da ação governamental (BRASIL, 2015).

2.2.1.2. O Orçamento Público na Saúde

O Cap. III da Lei 8080/90 estabelece que “O planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos...”. E, para que os processos de elaboração, execução e controle do orçamento sejam transparentes e eficientes, foram estabelecidos valores que conduzem esse processo, como o princípio da unidade, da universalidade, da anualidade, da exclusividade, da não vinculação da receita e do orçamento bruto, que juntos regem o orçamento (BRASIL, 1990). Em relação ao financiamento da saúde, todo o processo orçamentário é acompanhado pelo Sistema Integrado de Planejamento e

Orçamento (SIOP). O Plano Nacional de Saúde prevê a conciliação com o PPA, em que, a partir de programas e iniciativas, se estabelece a integração entre o planejamento e o orçamento federal para o período de 4 anos.

2.2.1.3. Repasse de Recursos

A partir da década de 90, as Normas Operacionais Básicas (NOB) passaram a estabelecer critérios que condicionavam o repasse financeiro a determinadas condições de gestão das ações e serviços de saúde, para que as esferas estaduais e municipais se tornassem a partir de então corresponsáveis pela gestão do sistema local de saúde. O Ministério da Saúde efetua o repasse na modalidade fundo a fundo, ou seja, repasse regular e programado de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e Estaduais, de acordo com os empenhos efetuados ao longo de cada exercício. (Lima, 2007)

2.2.1.4. O Orçamento do Ministério da Saúde para implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

A definição das UPA foi detalhada pela Portaria nº 1.020/2009, como estabelecimentos de média complexidade, implantadas em locais estratégicos para de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), de acordo com a lógica de acolhimento e classificação de risco. Prestam serviços de saúde de baixa e média complexidade e, como componentes pré-hospitalares fixos, são estruturados com aparelhos de raios-X, eletrocardiografia, laboratório de exames, sala de medicação, nebulização, sutura e de gesso e, serviços médicos especializados, como pediatria e ortopedia, além de leitos de observação para o paciente que necessite de internação por até 24 horas (BRASIL, 2009).

Diretrizes do Ministério da Saúde definem a estrutura mínima e o fluxo dessas unidades que são divididas por porte, que podem ser I, II ou III, como consta na Tabela 1, essa classificação é feita de acordo com a população do município sede, a capacidade instalada, o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos que, inclusive, servem como parâmetros para a definição do valor do recurso aprovado para o repasse (BRASIL, 2009).

Tabela 1: Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h (vigente)

Porte	População da área de abrangência da UPA (Habitantes)	Área física mínima	Número de atendimentos médicos em 24 horas (Média)	Número mínimo de médicos das 7hs às 19hs	Número mínimo de médicos 19hs às 7hs	Número mínimo de leitos de observação
PORTE I	50.000 a 100.000	700 m²	150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000	1.000 m²	250 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000	1.300 m²	350 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

Fonte: BRASIL, 2013

Os recursos orçamentários necessários à efetivação do programa, também definidos em portaria, correm por conta dos Programas de Trabalho expostas na Tabela 2.

Tabela 2: Demonstrativo da fonte de recursos para implantação das UPA

Período	Programa de Trabalho
Unidades Habilitadas até 2011	10.302.1220.8933 - Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade 10.302.1220.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
Unidades Habilitadas a partir de 2012	10.302.2015.12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento

Fonte: BRASIL, 2009

Cabe ressaltar que, em 2008, não existia uma ação específica para os programas, assim as unidades habilitadas naquele ano, receberam o incentivo do Ministério da Saúde, porém, por meio de contratos de repasse de recursos, através da Caixa Econômica Federal, conforme estabelecido na Portaria Interministerial nº 127, de 29 de maio de 2008, no seu artigo 4º:

Os órgãos e entidades da Administração Pública Federal que pretenderem executar programas, projetos e atividades que envolvam transferências de recursos financeiros deverão divulgar anualmente no SICONV a relação dos programas a serem executados de forma descentralizada e, quando couber, critérios para a seleção do conveniente (BRASIL, 2008).

As UPA habilitadas a partir de 2009 passaram a receber os incentivos financeiros de investimento de valores máximos pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, na modalidade de transferência fundo a fundo, para implantação ou ampliação de unidades de acordo com o porte habilitado, sendo o repasse efetuado em três parcelas, de acordo com o andamento da obra, conforme estabelecido pela legislação (LIMA, 2007).

A gestão dos recursos destinados ao SUS é executada pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Acerca disso, a legislação, além de estabelecer diretrizes e requisitos para implantação das UPA, dispôs também sobre o incentivo financeiro de

investimento e de custeio mensal, por parte da esfera federal aos Estados e Municípios, para o funcionamento efetivo das unidades.

Foi definido por portaria, conforme demonstrado nas Tabelas 3,4,5 e 6, incentivos tanto para construção de UPA NOVA, quanto de UPA AMPLIADA, no último caso, são unidades já existentes, que para se adequar ao modelo e ao tamanho preconizado pelo programa, necessitaria de ampliação e, portanto, receberia um incentivo de menor valor (BRASIL, 2009).

Tabela 3: Definição de incentivo financeiro para implementação de UPA NOVA (de 13 de maio de 2009 até 03 de março de 2013)

Porte	Definição dos valores	1º Parcela 10% (Habilitação)	2ª Parcela 65% (Obras)	3ª Parcela 25% (Conclusão)	Custeio
PORTE I	1.400.000,00	140.000,00	910.000,00	350.000,00	100.000,00
PORTE II	2.000.000,00	200.000,00	1.300.000,00	500.000,00	175.000,00
PORTE III	2.600.000,00	260.000,00	1.690.000,00	650.000,00	250.000,00

Fonte: BRASIL, 2009

Tabela 4: Definição de Incentivo Financeiro para Implementação de UPA AMPLIADA (de 13 de maio de 2009 até 03 de março de 2013)

Porte	Definição dos valores	1º Parcela 30% (Habilitação)	2ª Parcela 70% (Obras e Conclusão)	Custeio
PORTE I	1.500.000,00	450.000,00	1.050.000,00	100.000,00
PORTE II	2.500.000,00	750.000,00	1.750.000,00	175.000,00
PORTE III	3.500.000,00	1.050.000,00	2.450.000,00	300.000,00

Fonte: BRASIL, 2009

Nas Tabelas 3 e 4, pode-se visualizar os repasses de incentivo financeiro para as unidades novas e/ou ampliadas, habilitadas até 03 de março de 2013, mesmo as que os processos continuam em andamento até a presente data, permanecem valendo os valores vigentes da portaria que as habilitou.

Tabela 5: Definição de incentivo financeiro para implementação de UPA NOVA (de 04 de março de 2013 até atual)

Porte	Definição dos valores	1º Parcela 10% (Habilitação)	2ª Parcela 80% (Obras)	3ª Parcela 10% (Conclusão)	Custeio
PORTE I	2.200.000,00	220.000,00	1.760.000,00	220.000,00	100.000,00
PORTE II	3.100.000,00	310.000,00	2.480.000,00	310.000,00	175.000,00
PORTE III	4.000.000,00	400.000,00	3.200.000,00	400.000,00	250.000,00

Fonte: BRASIL, 2013

Tabela 6: Definição de Incentivo Financeiro para Implementação de UPA AMPLIADA (de 04 de março de 2013 até atual)

Porte	Definição dos valores	1º parcela 30% (Habilitação)	2ª parcela 70% (Obras e Conclusão)	Custeio
PORTE I	1.500.000,00	450.000,00	1.050.000,00	100.000,00
PORTE II	2.500.000,00	750.000,00	1.750.000,00	175.000,00
PORTE III	3.500.000,00	1.050.000,00	2.450.000,00	300.000,00

Fonte: BRASIL, 2013

Em 2013, houve a atualização dos critérios e dos valores para o investimento, conforme Tabelas 5 e 6, e o custeio dessas unidades, conforme a Portaria GM/MS nº 342, de 04/03/2013, que passaram a valer para as unidades habilitadas a partir de então e passou inclusive a estabelecer prazos para execução e conclusão das obras e o início do seu funcionamento.

3. METODOLOGIA

Estudo descritivo com enfoque quantitativo. Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizada análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde que norteiam a atual Política de Atenção às Urgências, mais especificamente aos que se referem ao programa de investimentos para construção de um dos componentes dessa rede, que são as UPA e, revisão bibliográfica, por meio de artigos científicos publicados em periódicos, livros, bem como os Relatórios de Gestão de 2010 a 2014, Relatórios de Auditoria de órgãos de controle, como Tribunal de Contas da União (TCU), a fim de embasar a análise teórica relativas à implementação do programa no SUS.

Utilizou-se também dados extraídos de sistemas oficiais: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), Sistema de monitoramento de Obras (SISMOB), Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e sistemas internos do Ministério da Saúde, Sistema de Propostas do Fundo Nacional de Saúde (SISPROFNS), Sistema de Pagamentos (SISPAG) para embasar e comparar os dados quantitativos e financeiros referentes ao objeto de estudo. A pesquisa levou em consideração os desafios enfrentados pelos Estados que aderiram a política da rede de urgências em implementar as UPA.

4. RESULTADOS

Neste trabalho pode-se observar como funciona a implementação, juntamente com a dotação de recursos financeiros, da política pública emergencial que trata da construção das UPA.

Tabela 7: Demonstrativo de recursos aplicados na execução do orçamento na implantação da UPA (Brasil)

Ano	Meta prevista habilitação	Unidades habilitadas por portaria	Unidades habilitadas em execução	% em execução	Orçamento executado	Habilitações canceladas
2009/2010	500	462	391	78,2 %	285.190.000,00	71
2011	154	108	90	58,44 %	240.130.000,00	18
2012	125	150	120	96 %	220.060.000,00	30
2013	125	255	238	190 %	180.280.000,00	17
2014	21	21	21	100 %	274.610.000,00	0
2015	72	0	0	0%	281.300.000,00	0
TOTAL	997	966	860	86 %	1.481.570.000,00	136

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos de Relatórios de Gestão (2010 - 2014) e sistemas oficiais (SIOP, SIAFI, SISMOB, SAGE) e sistemas internos do Ministério da Saúde (SISPROFNS, SISPAG)

A Tabela 7 consolida as metas físicas previstas pelo governo de acordo com o que foi estabelecido anualmente. Os dados obtidos se referem também a quantidade de habilitados por portaria ano a ano e, a quantidade de habilitados que continuavam vigentes até a data da coleta dos dados (31/12/2015). A soma desses valores, considerando os sete anos estudados, representa o que já foi repassado de parcelas aos entes pelo Ministério da Saúde. Observou-se que em 2013 houve uma superação da meta prevista em quase 100%. Observou-se também que no ano de 2015 não houve nenhuma habilitação para UPA, embora existisse uma previsão de 72.

A previsão inicial de implantação de 596 UPA (somadas às implantadas antes de 2009), mais 500 até 2015, totalizavam 1096. Porém, a meta prevista no período estudado foi de 997 habilitações, segundo coleta de dados, temos hoje um total de 860 unidades habilitadas em execução, ou seja, esse valor representa 86% de cumprimento da meta estabelecida. Das UPA previstas, 31 unidades não foram habilitadas, por não atenderem as diretrizes especificadas na legislação. 136 unidades foram canceladas por não apresentar a ordem de serviço de início de obras, desta forma, após auditorias, o TCU recomendou que o MS não efetuasse “novas prorrogações gerais e que instituísse procedimentos para a análise pormenorizada de cada caso concreto a fim de motivar a decisão pela prorrogação da conclusão da obra, ou pela não prorrogação nos casos em que não haja perspectiva de finalização em prazo razoável, com a consequente cobrança de devolução do recurso federal repassado”.

Tabela 8: Demonstrativo do quantitativo de UPA habilitadas por porte (Brasil)

PORTE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
I	61	101	40	72	145	5	0	424
II	85	54	31	32	47	4	0	253
III	78	35	19	16	46	12	0	206

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos de sistemas oficiais (SIOP, SIAFI, SISMOB, SAGE), sistemas internos do Ministério da Saúde (SISPROFNS, SISPAG).

Na Tabela 8 verifica-se que a quantidade de UPA habilitadas, considerando o porte e o ano. Verificou – se que em 2013, a quantidade de habilitações para UPA porte I, teve um aumento expressivo em relação aos anos anteriores. Quanto aos portes II e III os números se mantiveram constantes. Nos anos de 2014 e 2015, os números de habilitações são baixos, pois como citado anteriormente, as habilitações foram diminuindo gradativamente, em decorrência da não prorrogação das obras.

Em tempos de crise econômica, os chamados contingenciamentos de recursos financeiros podem retardar ou, ainda, levar a “inexecução de parte da programação de despesa prevista na Lei Orçamentária em função da insuficiência de receitas” (BRASIL, 2015). Embora o modelo gerencial da Administração Pública tenha como foco a desburocratização de processos, tornando-os mais ágeis e menos dispendiosos (Bresser, 1998), a cultura institucional muitas vezes não contribui para isso, como o não cumprimento por parte dos entes dos prazos estabelecidos para envio de documentos e informações necessárias para liberação das parcelas, o que tem gerado significativos atrasos no andamento de obras nos estados e municípios (BRASIL, 2013).

Tabela 9: Demonstrativo da estimativa do orçamento para a implantação das UPA habilitadas por ano e por porte (Brasil)

	PORTE I	PORTE II	PORTE III
2009	R\$ 85.400.000,00	R\$ 170.000.000,00	R\$ 202.800.000,00
2010	R\$ 141.400.000,00	R\$ 108.000.000,00	R\$ 91.000.000,00
2011	R\$ 56.000.000,00	R\$ 62.000.000,00	R\$ 49.400.000,00
2012	R\$ 100.800.000,00	R\$ 64.000.000,00	R\$ 41.600.000,00
2013	R\$ 319.000.000,00	R\$ 145.700.000,00	R\$ 184.000.000,00
2014	R\$ 11.000.000,00	R\$ 12.400.000,00	R\$ 48.000.000,00
2015	-	-	-
Total Estimado	R\$ 713.600.000,00	R\$ 562.100.000,00	R\$ 616.800.000,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos de sistemas oficiais (SIOP, SIAFI, SISMOB, SAGE) e sistemas internos do Ministério da Saúde (SISPROFNS, SISPAG)

Em relação à Tabela 9, a partir do cruzamento de dados extraídos da Tabela 8 e dos valores estabelecidos nas portarias, demonstrados nas Tabelas 3 e 5, para cada um dos portes, estimou-se os valores totais que deveriam ser disponibilizados no planejamento orçamentário, para o pagamento de todas as parcelas, considerando cada ano.

Quando falamos em termos de habilitação, mas ao verificar os dados, houve, ao longo desses últimos anos, o registro de cancelamentos de habilitação para implantação de unidades, inclusive a devolução de recursos por parte dos entes que já haviam recebido alguma parcela e não cumpriram os requisitos legais para dar continuidade das obras.

Com base no que foi exposto e considerando a análise dos Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, dos anos de 2013 e 2014 e em auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no mesmo exercício, observou-se que durante o programa de implementação das UPA pelo país, houveram dificuldades na sua execução.

Até o ano de 2010, o acompanhamento das obras dependia das visitas técnicas que por sua vez, careciam de pessoal e de tempo para monitorar todas as obras na área da saúde, que eram muitas, tendo em vista o aumento expressivo de recursos federais destinados aos investimentos na área de saúde, como construção, ampliação e reforma de UBS, de UPA e de Academias de Saúde.

Com intuito de tornar mais ágil e melhorar esse monitoramento, foi criado o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), ferramenta essa que gerencia todas as fases da obra, com documentações e imagens fotográficas que devem ser anexadas no sistema para liberação de parcelas. Acontece que, até o ano de 2012, os estados e municípios não tinham a obrigação de inserir essas informações no sistema, fato este que foi alterado a partir da publicação da Portaria 342, de 4 de março de 2013, onde, tanto as obras iniciadas antes da referida portaria, quanto as posteriores, deveriam obrigatoriamente inserir as informações requeridas para que fosse então efetuado o repasse do governo federal aos entes habilitados.

Sabe-se que no caso dessas obras é imprescindível a licitação, criada pela Lei 8.666/90, é um processo que busca a lisura nos contratos da Administração Pública com particulares, buscando a proposta de preço mais vantajosa, sem deixar de lado qualidade da prestação do serviço, visando sempre o interesse da coletividade.

Nesse sentido, estudos, como o de Siqueira *et al*, 2001, tem demonstrado a frequente preocupação na capacidade dos Estados e Municípios em licitar, eles relataram as dificuldades operacionais que muitos entes apresentam e que por vezes impedem a licitação de cumprir o seu papel fundamental que é o de “servir como instrumento de efetividade na gestão de serviços

públicos”. A incapacidade dos entes para gerir processos licitatórios conforme o exigido na lei de licitações, na legislação ambiental, e no monitoramento da execução das obras demonstram falhas existentes no planejamento (RIBEIRO, 2012).

Os Relatórios de Gestão examinados também apontam a dificuldade em reter profissionais de saúde, principalmente de médicos e enfermeiros habilitados a atender especialidades para o efetivo funcionamento das UPA e, que tem sido um dos grandes desafios desse programa. Além dos vínculos empregatícios precários, a oferta de remuneração muitas vezes é inferior ao que é oferecida na rede privada, levando muitos profissionais a optarem por trabalhar no sistema de saúde particular (O'Dwyer, 2010). Além disso, ocorre com frequência o absenteísmo de profissionais que, por excesso de demandas e estresse advindo da pressão que o trabalho exige, acabam se ausentando, seja por falta, atraso ou algum motivo interveniente (Furlan *et al*, 2014).

Outro desafio levantado foi em relação aos custos de manutenção, que no caso de um componente hospitalar fixo é bem expressivo, a gestão nesse caso se torna indispensável. Incluem desde custos com internação, que incluem recursos humanos, medicamentos, materiais médicos de uso único, matérias de consumo, transporte até a limpeza e assepsia do ambiente, além dos custos com investimentos em equipamentos e reformas. Contudo, sabe-se que os custos são compartilhados entre os entes, justamente para haver equilíbrio na manutenção do SUS, para isso, foi criado o pacto de gestão do SUS, em que todas as esferas de governo são envolvidas de forma solidária com responsabilidades para o pleno desenvolvimento das ações e serviços de saúde, visando o alcance das metas planejadas e, ainda compondo o pacto pela saúde, temos o pacto em defesa do SUS e o pacto pela vida, que juntos fazem com que os compromissos assumidos pelos gestores sejam cumpridos (Guerreiro *et al.*, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as informações e os dados apresentados no presente estudo, pode-se considerar que, o planejamento orçamentário é essencial para cumprir o objetivo de aprimorar a assistência especializada em saúde nos municípios contemplados e, o orçamento direcionado para a concretização do programa com uma ação específica para implementação da política, eleva as expectativas no cumprimento do Objetivo Estratégico 04 - Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPA, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção (PE/MS 2011-2015).

Considerando os dados obtidos, foi possível descrever o processo de implantação das UPA, ressaltando a importância do planejamento em todo o ciclo da política e, também, verificar ao longo do período estudado o financiamento e a evolução do orçamento destinado à execução da política, além de alguns dos desafios e dificuldades por parte dos entes que, por vezes, inviabilizam a continuidade de execução do objeto.

As análises apresentadas permitiram uma análise crítica do planejamento e orçamento na implementação das UPA no Brasil para uma reflexão da importância do monitoramento contínuo e eficiente do andamento de todo o processo, contribuindo assim para divulgação de dados à sociedade e melhor controle por parte dos gestores.

Entender como funciona o processo desde sua elaboração até o momento de sua execução, faz com que não só a Administração Pública tenha acesso aos dados, tanto orçamentários quanto aos de resultados, mas também a todos aqueles que estão envolvidos de certa forma, em algum momento, no processo de implementação de uma política pública, no caso estudado, das UPA.

Encontrou-se algumas dificuldades no que diz respeito à clareza das informações de dados obtidos para análise de parâmetros quantitativos, presentes nas Tabelas 7, 8 e 9. Embora não tenha sido significativa, algumas informações de diferentes fontes oficiais não se mostraram exatas, pois divergiam nos dados, em algum momento, não permitindo assim uma avaliação extremamente exata dos valores executados e dos dados quantitativos. Isso talvez se dê pelo fato de cancelamentos de habilitações ocorrerem ao longo do processo e não ter havido tempo hábil para atualização das informações referidas.

Sugere-se que, as informações sejam revisadas periodicamente para parametrização de dados, o que melhoraria a transparência para sociedade e facilitaria a busca clara e objetiva para o fim proposto.

6. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ABREU, Welles Matias de; GOMES, Ricardo Corrêa. Orçamento público: análise da formulação de estratégias sob a perspectiva do planejamento emancipatório e desenvolvimentista. 2010.

ALONSO, Marcos. Custos no serviço público. Revista do Serviço Público, v. 50, n. 1, p. 37-63, 2014.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BRASIL. Auditoria de ANOP\PPA 93.1032 PE19 Implantação das UPAs 24 h\Relatório final e anexos\RELATÓRIO FINAL AUDITORIA ANOP NAS UPAs. Disponível em: <http://www.fazenda.rj.gov.br/age/ShowProperty?nodeId=%2FUCMServer%2FWCC277532%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). – Brasília: CONASS, 2015. 400 p. – (CONASS Documenta, 28). Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 set.1990. p.18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm

BRASIL. Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001. Organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Contabilidade Federal e de Controle Interno do Poder Executivo Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10180.htm

BRASIL. Lei nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12593.htm

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Manual técnico de orçamento MTO. Edição 2015. Brasília, 2014.188 p. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/mto_2015_1_edicao_-21-05-14.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: análise de impacto orçamentário: manual para o Sistema de Saúde do Brasil. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_analise_impacto.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.114 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Introdução à Gestão de Custos em Saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 148 p.: il. – (Série Gestão e Economia da Saúde; v. 2). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011– 2015: resultados e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 1. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf

BRASIL. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009_comp.html

BRASIL. Portaria nº 342, de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Alterado pela PRT nº 104/GM/MS de 15.01.2014). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html

BRASIL. Portaria Interministerial nº 127, de 29 de maio de 2008. Estabelece normas para execução do disposto no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=ECEE043528EEC447D917D52A39F93EBC.proposicoesWeb1?codteor=613846&filename=LegislacaoCitada+-PDC+1139/2008

CÂNDIDO JÚNIOR, José Oswaldo. Os gastos públicos no Brasil são produtivos? Planejamento e políticas públicas, n. 23, 2009.

ABREU, Cilair Rodrigues; CÂMARA, Leonor Moreira. O orçamento público como instrumento de ação governamental: uma análise de suas redefinições no contexto da formulação de políticas públicas de infraestrutura. Revista de Administração Pública, v. 49, n. 1, p. 73-90, 2015.

FARIA Batista, Tatiana Vargas; DE REZENDE, Mônica. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas.

LIMA, Luciana Dias. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.

OLIVEIRA, José Antônio Puppim. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. RAP Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 273-88, 2006.

SIQUEIRA, Moema Miranda; CANÇADO, Vera L. O desafio da efetividade na gestão de serviços urbanos. Revista do Serviço Público, v. 52, n. 4, p. 71-88, 2014.

SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 1865-1874, 2007.

DETONI, Robert Lhuther Salviato. Checklist da Lei nº 8.666/93: procedimentos de auditoria para licitações e contratos. Revista de Administração Pública, v. 33, n. 6, p. 89-114.

FIUZA, Eduardo PS. Licitações e governança de contratos: a visão dos economistas. Marcos regulatórios no Brasil: é tempo de rever regras, v. 2, p. 239-274, 2008.

FURLAN, Jussara Aparecida da Silva; KÁTIA, Stancato. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. Rev. adm. saúde, v. 15, n. 60, p. 111-120, 2013.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde From political pacts to health policy pacts. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

IVO, Gabriela Seixas; MONTAGNER, Maria Inez; MONTAGNER, Miguel Ângelo. Análise qualitativa da implantação das unidades de pronto atendimento no Distrito Federal: um estudo de caso. 2013.

MEDICI, André Cezar. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde, v. 3, p. 23-68, 2002.

MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN eletrônico 1984-4840, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade, p. 117-119, 1995.

O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2395-404, 2010.

PACHECO FILHO, Ary Braga. O Projeto Básico como elemento de responsabilidade na gestão pública. Revista do TCU, n. 99, p. 73-76, 2004.

RIBEIRO, Renato Jorge Brown. Possibilidades de atuação do Poder Legislativo frente à questão das obras inacabadas. Revista do TCU, n. 107, p. 95-100, 2006.

RIBEIRO, Romiro. A lenta evolução da gestão de obras públicas no Brasil. E-Legis-Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados, v. 8, n. 8, p. 82-103, 2012.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Saúde e planejamento: novos paradigmas. Revista de Administração Pública, v. 32, n. 2, p. 135-146, 1998.

SILVA, Greciane Soares da; *et al.* Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infantil, Recife, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012.

SILVA, Ivna Zaíra Figueredo da; *et al.* Planejamento em Saúde-Conceitos, Métodos e Experiências. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 3145-3147, 2012.

SIMÕES, Adriana Rotger; PAGNANI, Eolo Marques; LIBERDADE, Av. Gestão de custos em organizações públicas de saúde: uma análise crítica, sob a óptica do ABM e do orçamento público, no caso de um sistema municipal de saúde. In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS. 2002.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, p. 379-91, 2003.